

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 229

DES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VÉSICULE BILIAIRE EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 31 Mars 1925

PAR

Jarko STOIKOVITCH

né à GLIBOVATZ (Serbie) le 2 Juin 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

DES PERFORATIONS SPONTANÉES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE EN PÉRITOINE LIBRE

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 229

DES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VÉSICULE BILIAIRE EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 31 Mars 1925

PAR



Jarko STOIKOVITCH

né à GLIBOVATZ (Serbie) le 2 Juin 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	X.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER président ; COTTE, assesseur ;
BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT - PROPOS

Avant de quitter la Faculté, il nous est infiniment agréable d'adresser à nos camarades, dont l'affection et les bons conseils nous ont soutenu pendant notre vie d'étudiant, l'expression de notre profonde amitié.

Nous sommes également très heureux de pouvoir remercier tous nos Maîtres des hôpitaux et de la Faculté de Lyon, qui nous ont si largement et avec tant de bienveillance, prodigué leur science.

Nous remercions M. le Professeur Tixier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Que notre Maître, M. le Professeur Agrégé Cotte, trouve l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions MM. les Professeurs Agrégés, P. Bonnet et Santy, qui ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

DES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VÉSICULE BILIAIRE EN PÉRITOINE LIBRE

Historique

Au cours de la lithiase, les cas de perforation spontanée des voies biliaires ne sont pas très fréquents. En général, la lithiase évolue lentement, par poussées successives. Les adhérences ont eu le temps de se former entre la vésicule et les organes voisins. Les accidents provoqués par la lithiase ne sont pas purement mécaniques, comme on le croyait, la migration des calculs n'est pas le seul facteur en jeu. Il faut attribuer un rôle important à l'infection. C'est l'infection qui détermine la formation des calculs. Ceux-ci formés, mettent l'obstacle au cours de la bile et causent de nouvelles poussées. C'est au cours de ces accidents aigus que le péritoine réagit. Une perforation des voies biliaires, vient-elle à se produire dans ces conditions, la bile trouvera le chemin barré du côté de la grande cavité péritonéale. Dans des cas plus rares, il y a peu ou pas de péricholécystite, des adhérences ne protègent pas la vésicule, et les perforations des

voies biliaires se font dans le péritoine libre. C'est là une des plus graves complications de la lithiase. Les perforations biliaires au cours de la lithiase donnent lieu à deux formes différentes de péritonite : l'infection est grave, c'est la péritonite généralisée aiguë ou suraiguë, qui en est la conséquence. Au contraire, la bile est peu virulente et la réaction péritonéale n'est pas sans analogie avec celle du cholépéritoine. Entre ces deux formes, on peut observer toutes les formes intermédiaires

Etiologie

Les conditions de sexe sont peu importantes et on a remarqué ces accidents de perforation aussi souvent chez les hommes que chez les femmes. Les notions d'âge sont tout autres. C'est surtout chez les vieux calculeux, dont la vésicule est altérée, dont les voies biliaires sont obstruées, que la perforation de la vésicule biliaire se produit le plus souvent. Ceci est surtout vrai pour les perforations qui aboutissent à des péritonites enkystées, car la lenteur et la durée du processus ont permis aux adhérences de mettre à l'abri le grand péritoine. Cette notion d'âge est moins importante, quand il s'agit de perforation dans le péritoine libre. Ce sont des malades qui en sont souvent à leur première poussée infectieuse, ce qui explique l'absence d'adhérences. L'oblitération des voies biliaires, surtout du cystique, par un calcul, plus rarement, la compression des voies biliaires par une tumeur voisine, a une grande importance, car cette non-perméabilité du cystique va augmenter la virulence des germes et facilite le processus, qui aboutiront à

la perforation. La marche des cholécystites est, en effet, ainsi que l'a montré Mignot, dans sa thèse, subordonnée à deux facteurs essentiels : la perméabilité des voies biliaires et la virulence des microbes.

Le premier facteur est de toute importance, car c'est souvent de lui que dépend la virulence des microbes. C'est lui qui pourra imprimer à la cholécystite une allure extrêmement grave, et donner lieu à des formes perforantes d'emblée, comme dans les cholécystites gangreneuses.

Enfin, il est un dernier facteur important au point de vue étiologique, c'est le traumatisme. Souvent, un traumatisme insignifiant pourra aboutir à une rupture des voies biliaires ; c'est que, dans ces conditions, le traumatisme intervient peu, mais ce sont les altérations des voies biliaires, et principalement celles causées par la lithiase, qui jouent un rôle important.

C'est ainsi que, dans un cas observé par Finck, de Karlsbad, une malade, atteinte de cholécystite ancienne, ressentit, en ouvrant une fenêtre, une douleur épouvantable dans l'hypocondre droit, et on vit bientôt s'installer des symptômes de réaction péritonéale et des signes de perforation de la vésicule.

Dans un cas observé par Hartig, ce fut à la suite d'un travail pénible que le malade, âgé de 62 ans, souffrant depuis un an, de douleurs vagues dans le flanc droit, prit une crise violente, que l'on attribua d'abord à une appendicite. Mais l'intervention montra qu'il s'agissait d'une perforation de la vésicule. Dans tous ces cas, le traumatisme n'avait été que la cause occasionnelle de la rupture.

Anatomie pathologique

Les lésions observées au cours des perforations biliaires sont très variables. Elles diffèrent suivant les causes qui ont produit la perforation, suivant la virulence de l'agent infectieux.

Nous décrirons d'abord les caractères généraux de ces perforations, leur nombre, leur situation, puis les variétés anatomiques, correspondant à des processus différents.

Caractères généraux. — La perforation peut siéger à n'importe quel point de l'arbre biliaire. Cependant, elles sont bien rares sur les canaux biliaires situés profondément et abrités contre tout traumatisme ; elles sont plus fréquentes sur la vésicule.

Sur 41 cas, cités par Courvoisier, la perforation siégeait 33 fois sur la vésicule, 6 fois sur le cholédoque, et 2 fois sur le cystique.

Lorsque la perforation siège sur la vésicule, certaines parties sont plus souvent atteintes que d'autres. Dans 28 cas de Courvoisier, on trouve la perforation

20 fois sur le fond, 4 fois sur le corps et 3 fois sur le col. D'après les cas observés, il semble que la perforation siège le plus souvent sur le fond, où on la trouve 13 fois, puis viennent par ordre de fréquence le col 7 fois, la face inférieure 7 fois et la face supérieure 2 fois. La perforation est presque toujours unique. Cependant, on note souvent plusieurs autres points en imminence de perforation. Très souvent, on trouve les canaux biliaires obstrués par un ou plusieurs calculs. C'est là, la cause de la perforation, car cette oblitération permet l'augmentation de pression dans la vésicule et, d'autre part, rend plus virulents les germes enfermés dans le réservoir biliaire.

Formes anatomiques. — Les formes les plus graves sont constituées par les cholécystites phlegmoneuses et gangreneuses, qui donnent très vite une perforation et une péritonite généralisée. Le processus est tellement rapide, que des adhérences n'ont pas le temps de s'organiser. Alors, dans ce cas-là, la vésicule présente souvent un volume normal.

Tous les éléments anatomiques sont frappés ensemble. On voit des taches jaunâtres, parfois de véritables escarres noirâtres, de dimensions variables. C'est à ce niveau que siège la perforation, taillée à l'emporte-pièce.

Dans les cas tout opposés, on trouve, au contraire, une vésicule dont les parois sont un peu épaissies, mais ne présentent pas, au premier abord, de lésions bien graves. Les anses intestinales sont normales, sans congestion et un liquide ressemblant à de la bile nor-

male, issu par un orifice traumatique, remplit le péritoine. La quantité de liquide est variable. Dans ces cas, au lieu de trouver sur la vésicule un orifice taillé à l'emporte-pièce, on a une fente linéaire, indiquant bien que la pathogénie a été différente. Le liquide trouvé dans le péritoine présente un faible degré de virulence.

Enfin, entre ces formes extrêmes, nous pourrions voir toutes les formes intermédiaires ; des vésicules à parois plus ou moins enflammées ; il y a ordinairement peu de péricholécystites.

Dans le péritoine, on trouve toutes les lésions, depuis la sérosité louche, pronostic fâcheux, jusqu'à la bile normale.

Mécanisme de la Perforation

Le mécanisme de la perforation de la vésicule a été bien étudié par Mossé et Bricka, et nous n'insisterons pas sur ces détails ; nous ferons seulement remarquer que ce mécanisme diffère suivant les cas.

Le mécanisme des perforations relève de deux facteurs : ulcération septique perforante, qui siège le plus souvent au niveau d'un calcul enclavé. Le frottement continu des calculs sur un point amincit la paroi, provoque une ulcération de la muqueuse ; c'est là un point d'appel pour les micro-organismes venus de l'intestin, ou par voie sanguine.

Dans les formes graves, c'est le facteur infectieux qui est l'agent principal de perforation. Dans d'autres formes moins graves, il ne joue qu'un rôle minime, et on doit incriminer comme cause des accidents, un facteur mécanique. Souvent, on se trouve en présence d'une vésicule distendue, par suite d'un calcul enclavé à l'embouchure du cystique qui, tout en favorisant l'exaltation de la virulence, sera la cause de cet excès de pression aboutissant à la rupture. Cette augmenta-

tion de la pression peut survenir à la suite d'un effort physiologique, tel que le vomissement. Mais, pour que ce mécanisme se réalise, il faut que l'on se trouve en présence d'une paroi malade, altérée par une inflammation. C'est ce mécanisme qui est réalisé lorsque la perforation survient au cours d'un accès de colique hépatique. La contraction violente de la vésicule augmente la pression, ce qui fait éclater la paroi. Ces deux facteurs jouent un rôle analogue dans la rupture des canaux biliaires.

Un calcul en contact prolongé avec la paroi du canal l'irrite, produit une ulcération. Souvent, c'est sur l'arête d'un calcul que vient se déchirer la paroi. L'augmentation de pression dans la vésicule vient faire éclater ce point aminci, surtout si un calcul a émigré plus bas et obstrue les voies sous-jacentes. Dans tous les cas, ces deux facteurs se retrouvent, avec l'action prédominante de l'un ou de l'autre.

Pathogénie

La perforation de la vésicule faite, suivant l'un des mécanismes que nous venons d'étudier, la bile se répand dans la cavité péritonéale et va y provoquer des désordres variables, tantôt une péritonite généralisée très grave, tantôt des lésions péritonéales peu marquées; ressemblant aux lésions que l'on observe dans les perforations purement traumatiques des voies biliaires.

La pathogénie va nous expliquer la cause de ces divergences. Dans le premier cas, une péritonite généralisée très grave se déclare, car la perforation a donné une issue dans l'abdomen à une bile très septique. C'est ce qui se voit dans les cholécystites suraiguës et phlegmoneuses.

La perforation résulte alors d'un processus très infectieux, dû à la très grande virulence des germes. Souvent, le cystique est oblitéré dans la vésicule transformée en un vase clos, comme l'appendice, des germes très virulents vont se développer et causer des

désordres analogues à ceux que l'on voit dans l'appendicite gangreneuse. La gravité de ces cas tient autant à l'infection générale de l'organisme qu'à la péritonite qui suit la perforation.

A ces observations correspondra, comme nous le verrons plus tard, une thérapeutique spéciale qui consistera surtout à enlever le plus tôt possible le foyer infectieux en pratiquant une cholécystectomie.

Dans un autre groupe de faits, il s'agit de vieux calculeux qui, à l'occasion d'un traumatisme ou d'une légère infection, font une perforation de leur vésicule. Des adhérences ne protègent pas cet organe, et il se répand dans le péritoine une bile qui, sans être aseptique comme dans les perforations traumatiques des voies biliaires, a une virulence très atténuée et parfois même la culture de la bile est négative, son ensemencement reste stérile. Cas observé par Bonnet.

Comment va se comporter le péritoine ? L'irruption de ce liquide détermine souvent des accidents péritonéaux, dus sans doute à l'irritation du sympathique abdominal. Mais, à cette irritation aseptique, du péritoine, succède souvent une phase d'infection microbienne.

Les opinions des expérimentateurs ont, sur ce sujet, variées avec les époques.

On a cru pendant longtemps que la bile était un liquide doué de propriétés antiseptiques et antitoxiques. Non seulement, les germes microbiens ne paraissaient pas pouvoir se développer dans son intérieur, mais il semblait même que les toxines mises en

sa présence fussent à peu près complètement neutralisées. On en vint jusqu'à déclarer que l'irruption de la bile dans le péritoine était une sauvegarde vis-à-vis de l'infection. Ehrardt voulut le prouver expérimentalement, il injecte des cultures microbiennes à des chats, dont il a laissé la vésicule ouverte dans le ventre. Ces animaux se montrèrent bien plus résistants à l'infection que ceux chez lesquels on n'avait pas touché à la vésicule, et lorsqu'on n'avait pas fait de fistules, ils succombaient en quinze ou vingt-quatre heures, au lieu de mourir lentement, comme dans le cas où la vésicule était ouverte dans le péritoine. Ehrardt rapproche ces faits expérimentaux de ce fait que 15 cas de perforation de la vésicule dans le péritoine libre ont donné 11 guérisons. On ne trouve d'aussi beaux résultats dans aucune autre péritonite par perforation, consécutive à perforation intestinale, appendiculaire ou de l'estomac.

Mais d'autres expériences vinrent infirmer les résultats d'Ehrardt. Doyon et Hugounencq avaient depuis longtemps constaté que la bile constitue un milieu de culture favorable aux microbes.

Krause et Fränkel montrèrent que la virulence de certains agents s'y exagère même.

Enfin, Nœtzel, reprenant les expériences d'Ehrardt, a vu succomber tous les animaux auxquels il injectait des microbes en même temps qu'il ouvrait les voies biliaires dans le péritoine, tandis que les autres résistaient beaucoup plus à l'infection, en somme, il constata des résultats opposés à ceux d'Ehrardt.

Du reste, même lorsque la bile est aseptique, elle n'est pas d'une innocuité aussi grande qu'on a voulu le dire. En contact prolongé avec le péritoine, elle détermine son inflammation, amène la destruction de son épithélium, diminue par là la phagocytose, entravant ainsi les moyens de défense du péritoine vis-à-vis de l'infection.

On sait, du reste, que les épanchements de bile succédant aux traumatismes, s'ils sont bien tolérés pendant un temps plus ou moins long, arrivent tôt ou tard à donner des accidents. Cette action irritante du liquide biliaire n'avait pas échappé aux anciens auteurs.

Dupuytren porte au plus haut degré les propriétés inflammatoires de la bile et Vidal de Cassis n'hésite pas à déclarer qu'un épanchement de bile dans le péritoine donne souvent lieu à de graves accidents de péritonite. Nélaton, tout en faisant une restriction pour les épanchements enkystés, déclare que le pronostic est des plus graves lorsque l'épanchement est total.

On peut conclure de tout cela, que la présence de la bile dans le ventre constitue un danger, car elle peut s'infecter et causer les pires désordres.

Symptômes

Diagnostic et Pronostic

Les symptômes qui révèlent une perforation des voies biliaires dans le péritoine sont des plus variables.

L'affection survient spontanément, sans cause, parfois à la suite d'un léger traumatisme, qui aurait été insuffisant pour rompre des voies biliaires saines et normales.

On peut encore voir survenir cette complication en pleine crise de coliques hépatiques, par perforation de la vésicule ou des voies biliaires, ainsi qu'il a été observé par Trousseau. Parfois, l'évolution antérieure de la cholécystite a été tout à fait latente. D'autres fois, il y a des symptômes antérieurs de cholécystites, consistant en vagues troubles dyspeptiques, soit nettement caractérisés par des coliques hépatiques, par de l'ictère, ou par des douleurs vésiculaires avec accès fébriles.

Le début est ordinairement très brusque, s'annonçant par une violente douleur dans l'hypocondre droit

confondue souvent avec une crise d'appendicite, lorsque le malade n'a pas un passé hépatique bien net. Puis s'installent les symptômes de la péritonite aiguë purulente, qui est le type le plus ordinaire de la péritonite généralisée, d'origine biliaire. Toutefois, on peut voir des formes bénignes ressemblant au cholépéritonite traumatique et des formes suraiguës rapidement mortelles. Ce sont les cholécystites gangréneuses rapidement perforantes ou perforantes d'emblée.

Etudions rapidement ces différentes formes cliniques.

La cholécystite phlegmoneuse peut être prise comme type de la cholécystite aiguë et la gangréneuse n'est que le degré extrême de la forme phlegmoneuse. Le début en est très bruyant, et les symptômes de perforation apparaissent dès le début des accidents. C'est un sujet qui, spontanément, ou à la suite d'un léger effort, éprouve une violente douleur dans l'hypocondre droit. Souvent, cette douleur est assez mal localisée et on s'explique facilement que la confusion soit possible avec l'appendicite. Un examen attentif peut montrer une douleur localisée sur le rebord costal et non dans la fosse iliaque. Les irradiations de la douleur sont fréquentes vers l'épigastre et vers la région scapulaire. Rapidement, l'état général s'altère, le facies est celui d'un malade infecté. Le malade a une fièvre élevée, le pouls est rapide. Souvent, les phénomènes abdominaux sont, comme dans l'appendicite suraiguë, peu accentués. Le ventre peut se laisser déprimer et paraît souple, alors que la perforation est déjà produite et ce n'est que tardivement qu'apparaissent les signes de péritonite.

raissent les vomissements, le ballonnement avec tous les signes classiques de la péritonite généralisée.

D'autres fois, le début de la perforation est plus net chez un malade présentant une cholécystite aiguë ; le deuxième ou le troisième jour apparaît une douleur violente, en véritable coup de poignard, indiquant qu'une perforation dans le péritoine libre vient de se produire, car les adhérences n'ont pas eu le temps de se constituer autour du foyer vésiculaire. L'affection ne présente pas toujours une allure aussi dramatique. Les accidents peuvent se développer d'une façon moins rapide. Les douleurs dans l'hypochondre sont plus sourdes. Pour certains auteurs, la masse volumineuse qu'on constate à la palpation, que l'on ne retrouve pas les jours suivants, est un signe d'une grande valeur indiquant qu'une perforation s'est produite. L'ictère peut survenir au bout de quelques jours. Il est dû à la résorption de la bile épanchée ; il peut être plus ou moins intense et s'accompagner de décoloration des fèces ; ce qui signifie que toute la bile s'écoule dans la cavité péritonéale.

L'évolution varie suivant les formes. Dans les cholécystites aiguës, avec perforation dans le péritoine libre, ce sont les signes d'une péritonite généralisée, et sa marche sera d'autant plus rapide que la bile épanchée sera plus virulente. Dans les formes atténuées, traumatiques, la bile pourra être tolérée pendant quelques jours, surtout si elle est peu virulente, jusqu'au jour où un accident infectieux aggrave l'état du malade par transformation du cholépéritoine en péritonite généralisée.

Diagnostic. — Le diagnostic se pose dans des conditions fort différentes. Ou bien le malade a un passé biliaire : le diagnostic est plus souvent très facile ; c'est un malade qui a depuis plusieurs années des coliques hépatiques, il ressent une douleur violente dans l'hypocondre droit et les signes de péritonite apparaissent. Mais, souvent, ces antécédents lithiasiques manquent ou bien sont représentés par des troubles gastriques. Ces malades sont considérés comme dyspeptiques, plutôt que comme des hépatiques. Lorsque ces accidents de perforation surviennent chez un malade qui n'a aucun passé biliaire, le diagnostic est beaucoup plus difficile, et c'est le diagnostic de toutes les perforations qu'il faudrait faire : perforations de l'intestin, de l'estomac et du duodénum consécutives à l'ulcère de ces organes. Nous insisterons particulièrement sur une affection qui est très souvent confondue avec la perforation des voies biliaires : c'est l'appendicite. Très souvent, on a posé le diagnostic d'appendicite et on a pratiqué une laparotomie latérale droite, et ce n'est qu'à l'intervention qu'on a constaté que l'appendice était sain.

Il faut alors prolonger l'incision en haut et explorer les voies biliaires. Cependant, certains signes peuvent éliminer l'appendicite : la douleur est située, dans l'appendicite, plus bas, s'irradiant vers l'ombilic, tandis que dans la cholécystite elle siège sur le rebord costal et s'irradie vers l'épigastre et dans le bras droit.

Le diagnostic du siège de la perforation est presque impossible à poser cliniquement et ce n'est qu'après la

laparotomie qu'on verra si la perforation siège sur la vésicule ou autres parties des voies biliaires.

Pronostic. — Le pronostic des péritonites par perforation de la vésicule a été apprécié de façons fort diverses par les auteurs. Ehrardt est très optimiste : sur 15 cas de péritonites biliaires, il aurait eu 11 guérisons. Pour Korte et Nœtzel, le pronostic est beaucoup plus sévère. Comment peut-on expliquer ces divergences ? On ne saurait les expliquer autrement que par la gravité des affections au cours desquelles surviennent ces perforations. Les péritonites qu'on observe chez les lithiasiques, qui ont des calculs latents dans les voies biliaires et qui surviennent soit à la suite d'un effort ou d'un traumatisme, ont un pronostic relativement favorable. Leur bile n'est pas aseptique, mais renferment des microbes peu virulents, son irruption dans la cavité péritonéale libre, ne causera pas les désordres alarmants, et une intervention même tardive pourra sauver ces malades. Le pronostic est beaucoup plus sévère pour les péritonites résultant de la perforation d'une vésicule atteinte de cholecystite suraiguë ou gangréneuse. Une bile très virulente a envahi la cavité péritonéale et va y causer une péritonite grave. Ce qui fait la gravité de ces cas, c'est l'intensité des phénomènes infectieux qui empoisonnent l'organisme.

D'autres fois, la rapidité du processus est si grande que le péritoine est surpris sans défense : il n'a pas le temps de former des adhérences qui se voient au cours des empyèmes chroniques de la vésicule et qui

font que chez ces malades la péritonite généralisée est excessivement rare, car la perforation aboutit à une péritonite locale enkystée.

Si l'on compare le pronostic des perforations de la vésicule à celui des autres perforations, on voit apparaître des divergences. Kehr et Korte, tout en admettant leur fâcheux pronostic, les déclarent moins graves que les perforations gastriques. Rièse les considère encore plus graves que les perforations gastriques et intestinales.

Du reste, ce pronostic dépend encore d'autres facteurs non moins importants.

Tout d'abord, au moment de l'intervention : plus l'opération sera précoce et rapide, plus le chirurgien aura la chance d'avoir un succès.

Il dépend aussi du genre d'intervention.

Mais il est très difficile, à cause du peu de documents et de leur manque de précision, de déterminer la valeur de telle ou telle intervention.

Traitement

Si les péritonites qui résultent de la diffusion de l'infection biliaire jusqu'au niveau du péritoine présentent souvent de beaux exemples de péritonites curables, il n'en est pas de même des péritonites succédant à la perforation des voies biliaires. Ces dernières, bien qu'étant en général d'un pronostic meilleur que les autres péritonites par perforation sont, malgré tout, très graves.

Le traitement qui, au temps de Courvoisier, était seulement médical, relève actuellement uniquement de la chirurgie, et d'une chirurgie précoce, rapide.

Quelle sera la conduite à tenir ? A quel moment faut-il intervenir et comment faut-il intervenir ? Faudra-t-il traiter la péritonite ou faudra-t-il s'adresser à la cause du mal : suturer la perforation vésiculaire ou enlever l'organe malade ? Telles sont les questions que nous allons envisager. Tous les procédés ont été défendus à leur tour et si la divergence est si grande, c'est que le traitement n'est pas unique. Il faut, aussi, considérer les conditions anatomo-cliniques au milieu

desquelles les perforations se sont produites et appliquer à chaque cas la thérapeutique qui lui convient. A quel moment faut-il intervenir ?

En présence d'une perforation vésiculaire qui déverse un contenu septique dans la cavité abdominale, il faut intervenir, c'est la seule chance de sauver le malade. Il faut donc intervenir et intervenir le plus rapidement possible. Le pronostic, s'il dépend de la nature du liquide extravasé, dépend aussi du temps qu'on laisse écouler entre le moment de la perforation et celui de l'opération. Dans les formes gangréneuses, où le produit répandu dans l'abdomen est très virulent, l'urgence du traitement chirurgical ne se discute même pas. Dans les formes où la bile n'est pas très virulente, l'urgence est peut-être moins grande. Mais a-t-on intérêt à attendre ? Nous ne le croyons pas, d'autant moins qu'on ne sait pas l'état de la vésicule sous-jacente.

M. Bonnet a cité un cas où l'ensemencement de la bile est resté stérile, mais c'est exceptionnel, et il ne faudrait pas oublier que derrière le péritoine il y a un voisin dangereux : l'intestin, et que la moindre infection pourra accroître la septicité de la bile.

On n'aura donc même, dans les cas en apparence bénins, aucun intérêt à attendre.

L'intervention est décidée. En quoi va-t-elle consister ? On aura avantage à faire une laparotomie médiane.

Ou bien, si l'on a cru à une appendicite, et que l'on trouve cet organe sain, on prolongera l'incision vers le haut pour explorer la vésicule. Lorsqu'on aura les

lésions sous les yeux, on décidera telle ou telle intervention, tout en ayant soin de l'état général du malade et dans quelles conditions cliniques sont apparus les phénomènes de perforation. En présence d'une cholécystite gangréneuse, la perforation de la vésicule est très nette ; entre les anses intestinales, peu de liquide roussâtre, l'état général est très grave et la gravité tient autant à la lésion causale qu'à la péritonite ; il faut pratiquer une cholécystectomie et enlever la vésicule, qui est un foyer d'infection. On a fait de nombreux reproches à la cholécystectomie. Mais si l'ablation de cet organe paraît avoir un pronostic opératoire plus grave, sa conservation n'est pas exempte de nombreuses complications ; si on laisse la vésicule en place, c'est un foyer d'infection qui reste et les dangers sont encore plus grands. On n'invoquera pas la gravité plus grande de l'ectomie en se basant sur les statistiques, car si la mortalité est plus grande dans l'ectomie, il faut bien tenir compte de ce fait que l'ectomie a été pratiquée dans les cas les plus graves. Evidemment, l'ectomie est une opération plus longue et plus difficile que le simple drainage de la vésicule, mais mieux vaut prolonger de quelques minutes l'opération et sauver son malade. Donc, l'ectomie s'impose dans les formes hyperinfectieuses. Lorsque les voies biliaires sont peu infectées, le drainage de la vésicule et de la région sous-hépatique suffit habituellement à faire cesser les accidents. En même temps, il faudra s'occuper de la péritonite concomitante et mettre en œuvre tous les moyens indiqués dans le traitement de la péritonite. On asséchera la cavité péritonéale avec

l'aspirateur de Villard et on drainera le péritoine. On pourra verser dans le péritoine du sérum chaud ou de l'huile camphrée, méthode qui a donné à des chirurgiens de réels succès. Position de Fowler et administration intra-rectale de sérum, suivant la méthode de Murphy, seront d'une grande utilité.

Lorsque la perforation siège sur le cystique, c'est à l'ectomie avec résection plus ou moins étendue du cystique, qu'il faudra recourir, car les sutures qu'on pourra tenter sont souvent difficiles et impraticables. Sur l'hépatique et le cholédoque également, les sutures seront difficiles et le mieux sera de faire un simple drainage de ces conduits.

Nous ne saurions terminer cette étude, sans insister sur les bienfaits du traitement chirurgical. Il faut espérer que grâce aux progrès de la chirurgie biliaire, l'intervention précoce préviendra les perforations des voies biliaires ou diminuera leur nombre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(COTTE, *Sec. de Chir. de Lyon*)

Un homme de 85 ans m'est adressé, le 17 septembre 1924, à 10 heures du soir, pour une péritonite aiguë généralisée, datant de 48 heures. Il s'agit d'un étranger qui ne parle pas français. Il est impossible d'avoir aucun renseignement sur ses antécédents, ni sur le début de la maladie. Appendicite ou perforation d'ulcère gastrique ou duodénal ? Seule, l'intervention pourra le montrer, car la douleur est diffuse, l'abdomen uniformément distendu. Température 39°5, pouls à 130. L'intervention faite séance tenante avec l'aide du Docteur Guérin, de Trévoux, montre que l'appendicite est saine : on le laisse dans la plaie pour faire en terminant, une appendicostomie de décharge, car tout l'intestin est distendu à l'extrême. Une deuxième laparotomie sus-ombilicale, faite sur la ligne médiane, montre que l'estomac gonflé comme une outre est sain. Dans la région duodénale, difficile à bien explorer, à cause de la distension des anses grêles, on voit sourdre du liquide qui vient de la profondeur, mais qui, à l'éclairage artificiel, ne paraît pas teinté.

C'est en vain que l'on recherche la perforation et après de vaines tentatives, on en est réduit à faire un large drainage avec tamponnement de la loge sous-hépatique. La vésicule rétractée, probablement du fait de sa perforation, n'a jamais été aperçue. Car, dès le lendemain, c'est ce diagnostic qui s'impose, non seulement, en effet, le pansement est abondamment imprégné de bile, mais les anamnétiques ap-

prennent que l'an dernier le malade a eu des coliques hépatiques avec ictère. Il s'est agi, à n'en pas douter, cette fois, d'une cholécystite aiguë avec perforation en plein péritoine. Les voies biliaires principales ne sont pas intéressées, car il n'y a ni augiocholite ni ictère. D'ailleurs, en même temps qu'elle s'écoule par la plaie, la bile arrive également dans l'intestin et les matières sont, à ce point de vue, normales. J'en arrive maintenant au point essentiel de cette observation. Comme les voies biliaires sont libres, la perforation biliaire qui représente en somme une cholésystostomie spontanée va se fermer. Quinze jours après l'observation, la dernière mèche est enlevée, le malade va bien. La température est à 37°5.

Huit jours après il se lève, la fustile se tarit le lendemain; il semble que la guérison soit définitive lorsque, brusquement surviennent des nouveaux accidents infectieux qui paraissent en rapport avec la suppression du drainage de bile. Du 22 au 26 octobre, soit près de cinq semaines après l'intervention, le malade présente, en effet, à nouveau, un état infectieux grave, lié à une éclosion de petits foyers pulmonaires s'étendant chaque jour d'avantage. La situation paraissait presque désespérée, lorsque brusquement dans la nuit du 26 au 27 octobre, le vesicule se rouvre, laissant s'écouler environ un verre à bordeaux de bile trouble.

Instantanément la situation change; dans le poumon, on ne constate plus de nouveaux foyers; mais cette accalmie est courte. Quatre jours après, en effet, la fustile s'étant de nouveau tarie, de nouveau l'infarctus se produit dans les deux poumons; puis, à nouveau, un peu de bile s'écoule par la plaie, et rentre dans l'ordre. Depuis 15 jours, maintenant, la plaie est complètement cicatrisée, la vésicule est restée fermée sans qu'il y ait eu de nouveaux accidents pulmonaires, si bien qu'on peut considérer la guérison comme une chose acquise pour l'instant. Combien de temps durera-t-elle? nous n'en savons rien.

Mais, j'ai l'impression très nette que si j'avais pu prévoir l'origine de cette péritonite et si j'avais pu enlever la vésicule, la guérison eut été plus rapide.

OBSERVATION II

(COTTE et DECHAUME. *Société de Sciences médicales*, 1924)

Femme âgée de 73 ans, elle a été envoyée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 27 octobre dernier, depuis 4 jours, à la suite d'une crise douloureuse dans l'abdomen, elle n'avait rendu ni selle, ni gaz par l'anus. A l'examen, le ventre était très distendu et très douloureux; pas de frémissements, pas de température. En présence de ces symptômes on avait pensé à une occlusion intestinale et l'intervention fut aussitôt pratiquée sous rachianesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on a trouvé des signes de péritonite diffuse avec anses rouges distendues et du liquide bilieux dans le péritoine. Etant donné ceci, on prolonge l'incision vers le haut. Le liquide épanché dans l'abdomen vient de la région sous-hépatique, mais il est impossible de voir le siège de la perforation. On se contente donc de drainer et de tamponner la région sous-hépatique et pour parer aux accidents d'élan paralytiques.

Les suites de l'intervention, contre toute attente, ont été excessivement simples. Par la plaie tamponnée et drainée il s'écoule une quantité de bile énorme, ce qui indique bien qu'il ne s'agit pas seulement de ces péritonites par transsudation, mais d'une perforation des voies biliaires. Au dixième jour, on commence à retirer les mèches qu'on enlève complètement le quinzième jour. Un mois après, la malade quitte le service complètement guérie.

L'interrogatoire fait après l'intervention nous a appris que depuis plus de 20 ans la malade souffrait de l'estomac. Les crises douloureuses survenaient de préférence le matin, une heure ou deux après le petit déjeuner; elles duraient souvent plusieurs heures, revenant par périodes de quelques jours avec accalmies de plusieurs semaines. Il n'y a jamais eu de coliques hépatiques nettes.

CONCLUSIONS

I. — Les perforations spontanées de la vésicule en péritoine libre au cours de la lithiase sont relativement rares. Cela tient soit au fait que très souvent le péritoine au contact de la vésicule malade a réagi et a réalisé l'exclusion de la région sous-hépatique, soit au fait que l'on intervient plus tôt aujourd'hui. A un moment où l'on intervenait moins précocement, on voyait beaucoup plus de phlegmons biliaires ou de péricholécystites que des péritonites biliaires généralisées.

II. — Les mécanismes des perforations relèvent de deux facteurs : ulcération septique perforante siégeant le plus souvent au contact d'un calcul enclavé ou distention mécanique de la vésicule. Dans ce cas, une cause adjuvante, telle qu'un traumatisme accidentel, fait intervenir à titre de cause occasionnelle.

III. — L'évolution dépend avant tout de la nature de la perforation : évolution aiguë ou suraiguë avec septicémie dans les péritonites biliaires liées à une

cholécystite aiguë infectieuse ou gangreneuse; évolution plus lente dans le cas où la vésicule et la bile sont moins septiques et *moins infectants*. Il y a lieu probablement à ce point de vue de faire les mêmes distinctions que celles établies récemment par Duval et Segault dans les perforations gastriques au cours de l'ulcère.

IV. — Ceci explique que dans les formes septiques, le simple drainage de la région sous-hépatique ne soit suffisant à faire disparaître les accidents. Le mieux est de faire l'ectomie qui supprime le foyer; elle n'est malheureusement pas toujours possible. Dans les autres formes, au contraire, le drainage de la vésicule et de la région sous-hépatique suffit habituellement à faire cesser les accidents.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Mars 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND
